**Dossier de candidature**

**Appel à candidature**

**Hôpital de jour de médecine palliative adulte**

 **en Nouvelle-Aquitaine**

1. **Partie administrative**
	1. **Présentation du demandeur**

|  |
| --- |
| **Entité juridique**Nom de l’établissement de santé :Adresse : Statut juridique : N° FINESS : Représentant légal (nom, fonction, coordonnées) :Personne en charge du dossier (nom, fonction, adresse mail, téléphone) :Adresse mail :Téléphone : |

|  |
| --- |
| **Site géographique** (site sur lequel sera réalisée l’activité)Nom : Adresse : N° FINESS :*Joindre la convention si la mise en œuvre de l’activité est réalisée au sein d’une autre entité juridique*  |

|  |  |
| --- | --- |
| L’établissement est-il autorisé à l’activité de médecine ? | □ Oui□ Non□ En cours de demande |
| L’établissement dispose-t-il en son sein ? | □ D’une Unité de soins palliatifs□ D’une Equipe mobile de soins palliatifs |

* 1. **Projet d’établissement**

*Indiquer en quoi la demande de création d’un hôpital de jour en médecine palliative intègre le projet d’établissement :*

* 1. **Nature de la demande**
* Présentation du projet :

*Préciser en quoi le projet répond au contexte global du territoire, notamment par une analyse des besoins non couverts :*

* Offre de soins proposée par l’HDJ médecine palliative :

*Nombre de places dédiées à la médecine palliative en hôpital de jour :*

*Décrire la nature des prises en charge que l’établissement souhaite développer dans son HDJ médecine palliative :*

1. **Partie relative aux personnels**

*Dans cette partie, doit être décrit l'état des effectifs, notamment médicaux et paramédicaux, exerçant ou appelés à exercer dans l'établissement, et faisant apparaître les engagements du demandeur en ce qui concerne les effectifs et la qualification des personnels, notamment médicaux, nécessaires à la mise en place du projet.*

*Pour l’activité, il convient de préciser les qualifications et* ***temps de présence en ETP du personnel dédié à l’HDJ médecine palliative****.*

* **Médecin responsable de l’activité d’HDJ médecine palliative**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **ETP** | **Diplôme de soins palliatifs** | **Participation à une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP, …)** | **Commentaires****(*date de prise de poste si recrutement*)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Personnel médical dédié à l’activité d’HDJ médecine palliative**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **ETP** | **Diplôme de soins palliatifs** | **Participation à une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP, …)** | **Commentaires****(*date de prise de poste si recrutement*)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Personnel paramédical dédié à l’activité d’HDJ médecine palliative**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **ETP** | **Diplôme de soins palliatifs** | **Participation à une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP, …)** | **Commentaires****(*date de prise de poste si recrutement*)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Autre catégorie de personnel dédié à l’activité d’HDJ médecine palliative**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **ETP** | **Diplôme de soins palliatifs** | **Participation à une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP, …)** | **Commentaires****(*date de prise de poste si recrutement*)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Organisation/fonctionnement de la structure d’HDJ médecine palliative**

*Dans cette partie, il est demandé de transmettre tout document objectivant l’organisation/le fonctionnement de la structure (protocole, procédure, convention etc.).*

*Numéro de téléphone direct dédié pour prendre rendez-vous en HDJ médecine palliative :*

*Organisation mise en place pour répondre au numéro de téléphone dédié :*

*Jours et heures d’ouverture – nombre de demi-journées d’ouverture par semaine*

*Continuité des soins en dehors des heures d’ouverture :*

*Modalité d’accueil des patients :*

*Modalités d’articulation de l’activité HDJ médecine palliative avec l’offre de soins territoriale (LISP, EMSP…) et les autres services potentiellement adresseurs de patients :*

*Protocole réalisé par l’HDJ médecine palliative avec le plateau technique de radiologie et de biologie :*

*Accès à un lit d’hospitalisation complète au sein de l’établissement (convention ou protocole) :*

*Accès au dispositif HAD :*

1. **Equipements et locaux**

*Moyens en locaux et matériel :*

*Les locaux sont-ils adaptés pour accueillir des personnes en mode allongé, ainsi que leurs proches, dans une chambre seule ?*

*L’HDJ dispose-t-il de locaux dont un espace de confidentialité et d’espaces collectifs lorsque les activités le nécessitent ?*

1. **Accessibilité financière**

*Modalités financières de prise en charge du patient :*

*Modalités financières de prise en charge des patients précaires ou sans couverture sociale :*

1. **Partie technique et financière**
	1. **Délai(s) de réalisation :**

*Préciser les délais de mise en œuvre du projet présenté, en identifiant clairement la date de début de l’activité, les différentes phases de mise en œuvre et de montée en charge :*

* 1. **Financement du projet**

*Estimation des dépenses et des recettes prévisionnelles du développement de l’activité d’HDJ de la structure (notamment identifier le coût de personnel, les coûts d’investissement le cas échéant, et les recettes prévisionnelles par rapport au nombre de journées prévisionnelles):*

1. **Indicateurs de suivi et évaluation**

*L’établissement s’engage à transmettre à l’ARS un rapport d’activité annuel relatif à l’activité de l’HDJ de médecine palliative de l’année N, au plus tard à la fin du 1er trimestre soit le 31 mars de l’année N+1. Il comprend notamment des indicateurs se rapportant aux éléments suivants :*

* **L’état des effectifs, médicaux et paramédicaux, dédié à l’activité d’HDJ médecine palliative, exerçant dans l’établissement**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **ETP** | **Diplôme de soins palliatifs** | **Participation à une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP, …)** | **Participation à un dispositif de permanence d’accès à l’expertise** |
| Professionnel 1 |  |  |  |  |
| Professionnel 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Indicateurs quantitatifs**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateurs** | **Année N** |
| File active (A) |  |
| Nombre de nouveaux patients |  |
| Nombre de séances d’HDJ médecine palliative réalisées (B) |  |
| Nombre moyen de séances par patient (B/A) |  |
| Profil des patients (H/F, âge) |  |
| Caractéristiques CIM-10 |  |

Date : Signature du représentant

 légal de l’établissement